

**ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ
ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

С.А. Батаев, К.Н. Жандаров, В.А. Мицкевич, А.Л. Ушкевич

Гродненский государственный медицинский университет
УЗ «ГОКБ» Гродно

Введение: Несмотря на существование большого числа способов лечения и хирургических методов коррекции, внедрение новых, в том числе лапароскопических видов пластики тазового дна, вентропексии, операции жёсткой фиксации, в том числе операции с использованием новейших

сетчатых эксплантатов – проблема лечения пролапса тазовых органов, остаётся весьма актуальной. Выпадение прямой кишки, выпадения матки и влагалища, патологии ректовагинальной перегородки, ректоцеле, энтеро– и цистоцеле и их сочетания, с большим спектром клинических проявлений, в том числе различных степеней инконтиненции, ведут к снижению трудоспособности и значительно влияют на социальную адаптацию, особенно возрастных, пациентов. Это, а так же отсутствие идеального способа хирургической коррекции, является трудноразрешимой задачей, решением которой плотно занимаются различные специалисты: урологи, гинекологи и хирурги–проктологи.

Цель. Оценка результатов лечения пациентов с различными формами пролапса тазовых органов.

Материалы и методы. За период времени с сентября 2010 года по сентябрь 2012 года на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» были прооперирована группа пациентов с различными видами пролапса тазовых органов, которые были разделены по группам (Таб.).

Таблица

Диагноз	Кол-во
Выпадение прямой кишки III–й степени (инконтиненция II)	6
Выпадение прямой кишки III–й степени (инконтиненция III)	9
Ректоцеле III–й степени, проктогенный копростаз	10
Выпадение влагалища, после надвлагалищной ампутации матки, ректоцеле II–й степени	2
Выпадение матки, ректоцеле II–й степени, цистоцеле II–й степени	1

Во всех случаях применялся способ лапароскопической ректопексии или ректокольпопексии с пластикой тазового дна и ректовагинальной перегородки с использованием сосудистых протезов по разработанному кафедрой методикам.

Основными этапами операций были:

- Рассечение брюшины в области ректовагинальной (у пациентов мужского пола, в 5–ти случаях, ректовезикальной) складки.
- Выделение прямой кишки по переднебоковым поверхностям на различную длину.
- Рассечение брюшины в области мыса крестца и выделение его до надкостницы.
- Фиксирование банш сосудистого протеза к передне–боковым стенкам прямой кишки и задней стенки влагалища.
- Подтягивание прямой кишки вверх с последующей фиксацией в подготовленном ложе к надкостнице мыса крестца герниостеплером или несколькими швами Darvin 1.0, под контролем пальца через минидоступ над лоном.
- Во всех случаях применялась оригинальная методика гофрирования прямой кишки.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнений не было, швы снимались на 7–е сутки, дренаж из малого таза удалялся на 2–е. Больные были осмотрены в среднем через 6 месяцев– 1 год, эпизодов повторного пролапса не было. Субъективно результатами лечения больные довольны. Неприятных ощущений и дискомфорта не отмечали. Результаты лечения оценивались инструментальными методами диагностики (Ультразвуковое исследование, латеральная проктография) и по модифицированным опросникам оценки качества жизни и физического здоровья.

Выводы. Анализируя предварительные результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными видами пролапса тазовых органов, установлено, что использование лапароскопических и видеоассистированных методик для реконструктивных операций, с пластикой различными сетчатыми эксплантатами, при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами пластики ввиду малой травматичности, отсутствие осложнений связанные с передней и задней кольпорафией, при выполнении пластики классическим методом, так же гофрированные банши протеза более эластичны и создают так называемый запас подвижности, что не вызывает дискомфорта, болей и нарушение функции органов малого таза в дальнейшем.